

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THÈSE

228

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Matus PUNDIK

Né le 4 Octobre 1909 à Krzemieniec (Pologne)

**Contribution à l'étude
de
l'Ostéite Bacillaire du Malaire**

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N° _____

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Matus PUNDIK

Né le 4 Octobre 1909 à Krzemieniec (Pologne)

Contribution à l'étude de l'Ostéite Bacillaire du Malaria

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS
MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR
289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1939



LE DOYEN.....

TIFFENEAU.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robrt DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	LEROUX.
Anatomie pathologique	CHAMPY.
Histologie	TIFFENEAU.
Pharmacologie et matière médicale	HARVIER.
Thérapeutique	TANON.
Hygiène et médecine préventive	BALTHAZARD.
Médecine légale	LAIGNEL-LAVASTINE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	FIESSINGER.
Pathologie expérimentale et comparée	CHIRAY
Hydrologie thérapeutique et climatologie	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBE.
»	LEREBoulLET.
Hygiène et clinique de la première enfance	NOBECOURT.
Clinique des maladies des enfants	H. CLAUDE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	GOUGEROT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GUILLAIN.
Clinique des maladies du système nerveux	LEMIERRE.
Clinique des maladies infectieuses	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
»	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	LEVY-SOLAL
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	MOCQUOT.
Clinique gynécologique	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Maurice VILLARET.
Clinique propédeutique	TROISIEM
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	LAUBRY.
Cardiologie clinique	HAZARD
Assistance médico-sociale	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
»	OLIVIER.
»	SANNIE
»	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIETY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) . .	Pathologie médicale.
Istin BESANÇON	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
HUGUENIN	Anat. pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.

MM.	
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgic.
MH J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie
MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS . . .	Anat. pathologique.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgic.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathol chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.

MM.	
LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
LE LORIER	Obstétrique.
SCHWARTZ	Patholog. chirurgicale
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VALLÉRY- RADOT	}
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique Chirurgicale.
BROcq	
CADENAT	
GATELLIER	
MOURE	
QUENU	
VELTER	}
ECALLE	
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

*Toute ma gratitude pour tout ce qu'il
a fait pour moi.*

A MA MÈRE CHÉRIE

A MA FEMME BIEN-AIMÉE

A MON BEAU-PÈRE

In memoriam.

A MA BELLE-MÈRE

*Bien faible témoignage de notre recon-
naissance et de notre profonde affec-
tion.*

A MES FRÈRES

A MES BELLES-SŒURS

ET A MES BEAUX-FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR LEMAITRE

Professeur de Clinique oto-rhino-laryngologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Laryngologiste de l'Hôpital Lariboisière
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*En témoignage de gratitude pour son
bienveillant accueil et pour l'honneur
qu'il nous a fait en présidant cette
thèse.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR E. HALPHEN

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Laryngologiste de l'Hôpital Saint-Antoine
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Il nous a inspiré ce modeste travail.
Qu'il veuille bien accepter l'hommage
de notre reconnaissance pour sa constante
bienveillance à notre égard.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS

A MM. LES DOCTEURS BÉRARD, BUNEAU,
SALOMON, WISNER

Assistants de Laryngologie des Hôpitaux

GIRAUD

Chef de Laboratoire du Service d'O.R.L.
de l'Hôpital Saint-Antoine

A MES AMIS

LES DOCTEURS ROBERT BIETTE, SCHILTE
et GLUCKLICH

INTRODUCTION

Par notre travail qui n'est qu'une sorte de mise au point, nous voulons apporter notre contribution à l'étude de la pathologie de l'os malaire.

Nous nous permettons d'insister sur le traitement de l'ostéite bacillaire du malaire par l'ozone.

Depuis quelques années, plusieurs médecins cherchèrent à utiliser les propriétés remarquables de cet agent thérapeutique.

Nous sommes heureux de remercier tout particulièrement M. le Professeur agrégé E. Halphen, qui a bien voulu nous inspirer la rédaction de cette thèse et de qui nous ne saurions être trop fier d'avoir été l'élève.

Nous sommes enfin très sensible au grand honneur que M. le Professeur Lemaître nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

HISTORIQUE

Nous serons bref sur l'historique.

Qu'il nous soit permis de nommer les travaux d'Anagnostakis (Annales d'Oculistique, 1870), de Von Ammon (1848), de Richet (1872) qui publie une leçon sur l'ectropion consécutif à la carie de l'os malaire, de Mackenzie (1856), de Cruveilhier, qui fait sa thèse d'agrégation sur l'ectropion. Lannelongue inspire la thèse de Cator sur les affections du malaire (1888). Broca en parle dans une leçon clinique, Rollet (de Lyon) donne une description de l'ostéo-périostite orbitaire dans l'Encyclopédie Française d'Ophtalmologie (1909) et insiste sur les lésions du malaire qui pour lui sont toujours tuberculeuses.

Des progrès ont été réalisés dans le domaine de la radiographie du massif facial, cet ensemble squelettique aussi intriqué où il est souvent difficile de reconnaître ce qui revient au malaire.

Dans les publications allemandes et anglo-saxonnes, nous trouvons plusieurs techniques radiographiques de la région malaire et zygomatique, mais celle de Von Titterington paraît être la plus commode (Röntgenpraxis 1930, article des Docteurs

Bronner et Koch). M. Zimmer fait un rapport devant la Société Suisse de Radiologie en 1936 et passe en revue tous les procédés radiologiques proposés par différents savants et conclut que la radiologie est capable de faciliter le diagnostic des affections du malar, il insiste que l'on peut actuellement arriver à prendre des clichés assez nets de la région malar.

É T I O L O G I E

Il nous semble que l'ostéite de l'os malaire est une affection de tous les âges et que l'on rencontre plus souvent chez les enfants et jusqu'à l'âge de 20 ans.

Rollet et Colrat insistent sur le fait que l'ostéite bacillaire du malaire est une affection moins rare que l'on ne pense, le malaire, os spongieux, étant plus fréquemment atteint que l'os frontal.

Pour les classiques, la tuberculose est l'étiologie la plus fréquente et c'est surtout entre un et cinq ans que ces lésions se déclareraient. La bacillose touchera le malaire comme elle touchera de préférence les épiphyses spongieuses des os longs, les os courts, épargnant les tissus compacts des diaphyses. « La tuberculose aime le tissu spongieux, la tuberculose aime les os jeunes et la portion jeune des os » (Mesnard).

Nous devons insister également sur le fait que le plus souvent l'ostéite bacillaire du malaire par elle-même ne constitue pas une entité morbide ; elle est l'une des manifestations de la bacillose osseuse.

Mesnard, de Berck, place la tuberculose du malaire parmi les lésions qu'il appelle « la micronésie tuberculeuse », qu'il oppose à celles de la bacillose

osseuse touchant les grosses articulations. Ces dernières sont généralement isolées, les localisations sur les petits os, toujours associées, et il est fréquent d'en compter deux, quatre, six et même huit évoluant successivement ou simultanément chez un même sujet. Ces localisations sont bien précisées par Mesnard. Elles touchent surtout les deux calcaneums, les deux épiphyses supérieures du cubitus, les deux os malaires ; on note souvent de spina ventosa des phalanges des pieds, des mains, des métacarpiens et métatarsiens.

Parmi les os de la face, le bacille de Koch choisit avec préférence le malaire. Si nous insistons dans ce chapitre sur la fréquence des lésions associées à celle du malaire, c'est parce que cette notion nous aidera beaucoup en cas de diagnostic parfois obscur et hésitant. Car des lésions syphilitiques et mycosiques ont été décrites et le diagnostic avec les néoplasmes est parfois à envisager.

Bref, l'ostéite malaire atteignant surtout les sujets de 5 à 20 ans est en général bacillaire. Rarement isolée, elle est une des localisations de la bacillose osseuse à foyers multiples.

Il nous reste à envisager les causes prédisposantes.

Nous avons assez insisté sur l'âge, le sexe ne paraît avoir aucune importance. Le traumatisme, fréquemment noté dans l'étiologie des lésions du malaire, prête à discussion. Nous savons, d'une part, combien il est fréquent au niveau de cette saillie du

squelette facial protectrice de la cavité orbitaire (boxe, rugby, sports violents), et d'autre part quelle est son importance comme agent localisateur de l'infection.

DESCRIPTION CLINIQUE ET DIAGNOSTIC

Le début de l'ostéite tuberculeuse de l'os malaire est généralement insidieux. Il n'y a pas de douleur spontanée ; la peau conserve sa coloration normale. C'est la période de tuméfaction. Le malade vient consulter pour une grosseur apparue dans la région malaire. Et lorsqu'il fait la constatation de cette grosseur, le vrai début est généralement passé inaperçu.

A l'examen du malade, on constate qu'il ne présente aucun signe général ou fonctionnel ; une tuméfaction variable comme grosseur siégeant le plus souvent un peu au-dessous de l'angle externe de l'œil ; un empâtement de la région faisant corps avec l'os sous-jacent, il n'y a pas d'œdème proprement dit gardant l'empreinte du doigt ; une douleur à la pression en un point limité. Et à cette période de l'évolution nous pouvons et nous devons pratiquer la palpation intrabuccale (qui a une grande importance localisatrice) : en passant l'index dans le vestibule supérieur au niveau de la dernière molaire, le doigt accrochera la tubérosité maxillaire, c'est en dehors et en arrière de cette tubérosité que le doigt, à travers toute la région génienne, attein-

dra le tubercule malaire et son bord inféro-postérieur, réveillant ainsi les points douloureux osseux, signe capital de lésion osseuse.

Peu à peu la fluctuation apparaît en un point. Il faut rechercher cette fluctuation avec beaucoup de méthode car elle est souvent très limitée. A côté d'un point fluctuant on trouvera parfois des zones dures, le tout pouvant donner la sensation d'un sarcome.

L'empâtement localisé du début s'étend pendant que se collecte l'abcès sous-jacent. C'est un abcès froid qui grossit, se ramollit, tendant la peau infiltrée. Toute cette évolution se fait sans grand retentissement sur l'état général, parfois en quelques jours, parfois en quelques semaines et même en quelques mois suivant le cas. Et ce n'est que lorsque la collection a pris un certain volume que la peau subit des transformations physiques. Et dès cette période de l'évolution, on observe des modifications de la peau assez rapides. Elle s'amincit au sommet de la tuméfaction, s'acumine, prend une coloration violacée et finalement elle se perfore pour donner issue à un pus grumeleux, mal lié, pus tuberculeux. La fistule est constituée. Un stylet introduit avec précaution peut arriver sur l'os dénudé. C'est la période de la fistulisation. Quand l'abcès osseux s'est vidé à l'extérieur, la tumeur diminue, mais ne disparaît pas entièrement. La rougeur de la peau et l'empâtement des parties voisines persistent; la fistule prend l'aspect typique des fistules tubercu-

leuses : bords amincis, irréguliers, décollés, de couleur lie de vin. La suppuration est alors plus ou moins abondante. En cas d'infection surajoutée, la suppuration augmente notablement. C'est alors que se forment des séquestres qui bientôt se mobilisent. Si l'on n'intervient pas, ces séquestres vont s'éliminer avec lenteur pendant 5 à 6 mois et davantage. Il y a donc perte de substance. La période de réparation va maintenant succéder à la période de nécrose. Le pus diminue peu à peu ; des croûtes se forment, qui se détachent facilement. Le fond de l'ulcération reste cependant bourgeonnant et fongueux. Peu à peu un tissu ostéo-fibreux va se former et va attirer la peau au niveau de l'ulcération, en provoquer l'adhérence et aboutir ainsi à la formation d'une cicatrice vicieuse, déprimée, pathognomonique, inesthétique.

La durée de l'affection est variable de 5 à 6 mois à plusieurs années si aucun traitement n'a été institué. La terminaison naturelle est la guérison avec cicatrice adhérente et le plus souvent avec complication de cette adhérence : l'ectropion de la paupière inférieure. Cette complication est si fréquente qu'on peut, sans hésiter, la classer parmi les symptômes de l'affection elle-même.

La douleur spontanée peut apparaître à la fin de la période de tuméfaction. Les douleurs, qui sont légères au début, s'accroissent progressivement. Ce sont des douleurs sourdes, spontanées, parfois avec quelques exacerbations. Elles siègent dans la région

génienne, irradiant autour de l'œil. Elles cèdent difficilement aux analgésiques. Il est à noter qu'il est exceptionnel de constater des cas où l'ostéite malaire est et reste l'unique symptôme de l'infection bacillaire.

L'état général est le plus souvent peu touché, si d'autres localisations bacillaires ne sont pas en cause : le malade fait peu ou pas de fièvre. Généralement cette dernière oscille entre 37° et 38°.

L'évolution de l'affection peut se faire d'une façon plus ou moins typique, avec prédominance de tel ou tel symptôme ; mais si nous voulons considérer l'ostéite malaire en elle-même nous devons conclure que son pronostic est peu grave quoique des complications assez sérieuses soient à craindre.

L'évolution de la lésion (gonflement, fistulisation) est d'un précieux concours pour le diagnostic. La coexistence d'autres lésions tuberculeuses des os, les antécédents du malade serviraient pour le diagnostic positif avant la fistulisation.

Après la fistulisation, nous nous baserons sur l'aspect de l'orifice de la fistule, sur la constatation du B.K. dans le pus après examen direct ou après culture sur milieu approprié pour établir notre diagnostic.

La radiographie est un élément très précieux. Il faut toujours la pratiquer.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE — COMPLICATIONS

L'exacte connaissance de l'architecture et de la topographie du malaire est indispensable pour la compréhension de l'anatomie pathologique et de l'évolution des affections de l'os malaire. C'est un os quadrangulaire formant la partie la plus saillante de la joue : la pommette. Sa face antérieure est immédiatement sous-cutanée. Elle est limitée en haut par deux bords supérieurs : le bord supérieur et antérieur c'est le rebord inféro-externe de l'orbite, le bord supérieur et postérieur formant en dehors le bord supérieur de l'apophyse zygomatique.

Le malaire prend part à la formation du squelette de la face, de la cavité orbitaire et de la fosse temporale. Il est intéressant de préciser ses rapports avec le massif facial. En effet, le sommet du sinus maxillaire correspond à la paroi interne du malaire dans lequel il se prolonge plus ou moins selon les dimensions de la cavité sinusale.

L'os malaire est en quelque sorte le carrefour de toutes les régions superficielles de la joue. Le tissu cellulaire des régions jugales inférieures se continue en avant du malaire avec le tissu cellulaire sous-orbitaire et en arrière du malaire et par l'ori-

fice zygomatique. Tous ces rapports expliquent en grande partie les complications des affections du malaire en général et de l'ostéite tuberculeuse en particulier.

La collection primitivement sous-cutanée fusera vers la région orbitaire. Les parois osseuses de l'orbite sont en effet très minces et recouvertes d'un périoste peu adhérent, se continuant jusqu'au sommet de l'orbite. Ce périoste se décollera facilement sous l'influence de la poussée des collections purulentes sans pénétrer dans l'orbite primitivement. Ce détail anatomique devient très important lorsqu'on explique le fait que dans les interventions chirurgicales on pourra ruginer les parois osseuses sans risque de léser ou d'infecter le contenu de la loge orbitaire.

Vers le bas les collections à point de départ malaire fuseront dans la partie de la région génienne que l'on appelle boule graisseuse de Bichat.

Plus en arrière, nous trouvons la région masséterine qui se continue librement par l'orifice zygomatique avec le tissu cellulaire de la région temporale superficielle, qui est fermée en haut par le muscle et l'aponévrose temporale. Ces régions communiquent avec les régions zygomatique et ptérygomaxillaire unies par leur tissu cellulaire jusqu'au pharynx.

L'os malaire est traversé par deux canaux naissants sur la face orbitaire de l'apophyse orbitaire et se dirigeant l'un en bas et en avant (face génienne

de l'os), l'autre en haut et en arrière (face temporale de l'apophyse). Ces canaux contiennent les rameaux orbito-malaires du nerf maxillaire supérieur.

Sur la face antérieure notons aussi des trous nourriciers, sur la face zygomatique les insertions du masséter.

La présence des filets nerveux dans la région nous explique les formes douloureuses des ostéites du malaire.

Le malaire est constitué par une lame dense de tissu spongieux et par du tissu compact.

Le tissu spongieux occupe tout le centre de l'os, se prolongeant dans les quatre angles qui unissent le malaire aux os voisins.

Une des caractéristiques anatomo-pathologiques de la tuberculose osseuse est l'abcès ossifluent, c'est un foyer tuberculeux ramolli né dans le tissu spongieux qui s'ouvre à la surface de l'os ; la lésion tuberculeuse s'étend sans cesse en toutes directions, progressant davantage vers les parties déclives et grâce aux chemins que leur ménage le tissu cellulaire.

La situation topographique de l'os malaire et sa structure histologique expliquent bien l'évolution des inflammations de cet os ainsi que ses complications.

En effet, l'ostéite du malaire bénigne en elle-même devient dangereuse pour le malade à cause de ses complications qu'il faut toujours redouter.

Les complications à redouter sont :

Du côté du globe oculaire : la conjonctivite, l'iritis. Moins souvent on constate des irido-choroïdites et névro-rétinites.

Au niveau de la cavité orbitaire, l'infection rencontre le tissu cellulo-graisseux qui comble l'espace inoccupé par le globe oculaire. Ce tissu est un milieu favorable pour toutes sortes d'infections. C'est alors que l'on peut noter le phlegmon de l'orbite qui se développe avec des phénomènes généraux assez brutaux, avec projection du globe en avant.

Du côté du sinus maxillaire, on note le plus souvent ou un simple empyème dans la cavité sinusale, ou une véritable réaction inflammatoire de la muqueuse et de l'os de la caisse sinusale.

Le phlegmon de l'orbite peut aussi être une étape de l'infection avant d'atteindre les sinus de la dure-mère en y déterminant une phlébite suppurée. Il est à souligner la brutale gravité de cet accident qui est le plus souvent d'un pronostic très sombre.

Après la fistulisation, lorsque la cicatrisation se produit, on doit noter la complication presque habituelle : l'ectropion cutané de la paupière inférieure, qui amène l'épiphora, les infections, les ulcérations du globe oculaire et de ses annexes.

TRAITEMENT

Le traitement classique de la tuberculose de l'os malaire est un traitement chirurgical.

Les récentes acquisitions de l'ozonothérapie et ses bons résultats dans le traitement des fistules osseuses ont conduit à l'essayer dans le traitement de la bacillose de l'os malaire. Nous en rapportons un cas.

Etudions d'abord le traitement chirurgical, classique.

La conduite à tenir doit être la suivante : Au début, tant que la tuméfaction reste solidaire de l'os, sans réactions inflammatoires, ni suppuration, il suffit d'attendre. La résorption peut survenir spontanément. Lorsque les téguments révèlent une suppuration collectée, une fluctuation perceptible avec œdème tout autour, il faut sans tarder donner issue au pus : ponction ou, ce qui est mieux : on pratique une incision aussi éloignée que possible du rebord orbitaire, comme le recommande Von Ammon, pour éviter l'ensemencement de la conjonctive et une cicatrice rétractile mal située. On explore la cavité au stylet pour reconnaître la présence de sé-

questres que l'on enlève et on termine par un curetage. On panse à plat.

Si la fistulisation a été spontanée ou si l'intervention n'a pas suffi à tarir l'écoulement du pus, il faut avoir recours à une opération plus complète : après incision, suivant le trajet de la fistule, évider l'os malade jusqu'au contact d'un os sain.

Régulariser les bords de la cavité et panser à plat avec les précautions d'usage.

Exceptionnellement, en cas d'échec des traitements précédents, en cas de suppuration persistante avec menace de complications ; en cas de tuberculose osseuse invétérée chez un vieillard dont l'état général décline rapidement, une conduite radicale peu se trouver indiquée : c'est la résection de l'os malaire. La technique en a été donnée par Küss :

« a) On taille un lambeau cutané limité par une incision horizontale longeant l'arcade zygomatique et par deux incisions verticales l'un à deux cm. de l'apophyse orbitaire du frontal, l'autre à quatre cm. plus en arrière.

« b) On taille un lambeau aponévrotique aux dépens de l'aponévrose temporale.

« c) On libère au bistouri les bords supérieur et inférieur du malaire ; on désinsère l'aponévrose temporale et masséterine.

« d) On sectionne à la scie de Gigli au niveau de la suture malo-zygomatique, puis on sectionne en avant.

« e) On fixe le lambeau aponévrotique au bord supérieur du masséter.

« f) On rabat le lambeau cutané. »

Nous avons assez insisté sur l'ectropion cicatriciel de la paupière inférieure ; c'est une complication si fréquente qu'on pourrait presque la faire rentrer dans le cadre de l'évolution habituelle de l'ostéite du malaire.

Il nous faut donc dire un mot sur son traitement.

La multiplicité des procédés proposés indique bien que les résultats doivent être souvent décevants.

La suture de Snellen consiste en une traction sur la conjonctive palpébrale inférieure par un fil dont les deux chefs ressortent à la peau, assez bas pour permettre en les nouant de redresser la paupière.

Les procédés de Wharton Jones et de Duffenbach se ressemblent beaucoup. Le premier fait deux incisions angulaires ouvertes en haut, la supérieure, dont l'angle est plus ouvert, rejoignant par ses pointes les pointes de l'inférieure. Le second fait l'incision supérieure rectiligne et horizontale ; l'un

et l'autre englobent dans cette aire la cicatrice vicieuse.

Dans le dernier temps (suture après ablation de la cicatrice), Warthon Jones obtient une cicatrice en Y. Duffenbach une cicatrice en T après avoir facilité le glissement des lambeaux en les décollant. Le but poursuivi est de libérer l'adhérence au plan osseux et de fournir de l'étoffe en hauteur à la paupière inférieure, aux dépens de sa largeur, pour permettre à sa face conjonctivale de revenir s'appliquer contre le globe oculaire.

Mentionnons, en passant, le procédé un peu barbare de Minault, d'Angers, et de Stoebel, qui préconisent la fusion temporaire des bords palpébraux pour éviter l'ectropion cicatriciel.

On ne l'emploie guère aujourd'hui.

Le traitement par l'ozone

Nous nous contentons de rappeler que l'ozone est l'O polymérisé par effluation électrique et de formule O³.

L'ozone est un bactéricide puissant, un cicatrisant et un stimulant de la vie des tissus. Il possède un pouvoir oxydant considérable dû, non seulement à la forte proportion d'oxygène que contient le mélange, mais surtout à l'atome d'oxygène naissant comme le laissait prévoir sa formule chimique.

Le traitement employé dans notre observation a consisté dans la pose d'un séton et les jours sui-

vants d'un barbotage quotidien d'ozone pendant environ 5 minutes dans la cavité de l'abcès.

Ce traitement présente l'avantage d'être simple, de ne pas interrompre les occupations du malade, de ne présenter aucune contre-indication et, au point de vue esthétique, de ne laisser pratiquement que très peu de traces.

Nous n'insisterons pas sur le traitement général, tout en ajoutant qu'il doit être l'auxiliaire indispensable de tout traitement local. On mettra le malade dans les conditions d'existence les plus propices.

OBSERVATION I

(Observation du Service
du Professeur agrégé Halphen à Saint-Antoine)

Mme L... A..., concierge, âgée de 61 ans, vient consulter le 18 novembre 1938 pour une tuméfaction de la grosseur d'un œuf de poule au niveau de la région malaire gauche.

Au début du mois d'août 1938, elle avait remarqué une « déformation de sa physionomie ». Elle ne s'inquiète pas trop de sa grosseur qui « ne lui fait pas mal. » à cette période. Au mois de novembre, elle sent quelques douleurs diffuses du côté gauche de la face, mais c'est surtout la persistance de la tuméfaction qui l'inquiète et qui l'amène consulter dans le Service.

Elle est examinée par le Docteur Biette. A l'examen il constate une tuméfaction légèrement fluctuante, indolore à la palpation et à la pression.

On pratique une ponction. On retire du liquide séro-sanguinolent. La recherche du B.K. est négative à l'examen direct, mais positive après culture sur milieu de Löwenstein.

Le 21 novembre l'abcès, à la suite de la ponc-

tion, s'est réchauffé. Une tuméfaction chaude, rouge, douloureuse. On pratique un séton.

Le 22 novembre on constate un œdème de la paupière supérieure. Une poche à l'angle externe de l'œil gauche ne s'étant pas drainée, la malade est admise dans le Service et l'on pratique un nouveau séton.

La tuméfaction de la région malaire gauche est rouge, douloureuse et chaude. L'œil gauche est d'aspect normal, de mobilité normale. L'examen buccal est un peu gêné par le trismus ; la face interne de la joue est normale. Le sillon gingivo-jugal est libre. Pas de douleur provoquée à la face interne de l'angle inférieur du malaire. Rien d'anormal du côté de la dent de sagesse. Gorge normale. Nez normal. Pas d'Argyll. Le réflexe nauséeux persiste. Pas de Babinski. Les réflexes : normaux. Rien aux poumons. Gros cœur, grosse aorte. B.W. +. Antécédents : rien de particulier.

Le 23 novembre toute la cavité s'est bien drainée ; pus en abondance. On commence un traitement par barbottage d'ozone dans la cavité et l'on recommence les 24, 25, 28 et 29 novembre.

Puis la malade retourne chez elle.

On enlève le séton. Le 29 le point inférieur du séton est fermé. Le supérieur reste ouvert. Nouvelle séance d'ozone.

La malade revient le 2 décembre. Les orifices du séton sont fermés. La poche ne contient plus de

liquide. Il ne subsiste que de l'empâtement de la région malaire gauche.

Le 6 décembre le pus ne s'est pas reformé et l'empâtement a tendance à diminuer.

Le 10 décembre l'empâtement a diminué nettement et n'est plus que de la surface d'une pièce de 10 francs. Au centre, à la palpation, on sent un peu de crépitation semblant indiquer la présence d'une esquille.

Le 12 décembre 1938. Petite récidive sur place de la grosseur d'une noix. Séton. Ozone les 13, 14 et 15. Le 16 décembre la malade semble à nouveau guérie. Revue les 19 et 23, la guérison semble se maintenir ; l'empâtement est à peu près disparu. Revue le 6 janvier 1939, la guérison semble se maintenir.

Au total cette malade a reçu la première fois quatre séances d'ozone ; la deuxième fois trois séances. La récidive semble due à la présence de l'esquille qui n'a pas été enlevée. Quoique actuellement la malade semble guérie, il est encore trop tôt pour parler de guérison complète, toutefois il est incontestable que ce traitement a très nettement influencé dans le sens favorable l'évolution de cette affection qui dès le début pouvait faire craindre des complications par suite de sa proximité de l'angle externe de l'œil gauche.

Les applications d'une durée de 5 minutes ont été pratiquées par barbottage de la cavité d'un mé-

lange oxygène-ozone à la concentration de 70 mgr. par litre de mélange.

OBSERVATION II

(Service de M. le Professeur agrégé Lemaitre)

in thèse Fraenkel

Le B..., âgé de dix-neuf ans, menuisier, est admis dans le Service, parce qu'il se plaint d'une tuméfaction douloureuse au niveau de la pommette gauche, apparue depuis dix jours.

Ce jeune malade, dans les antécédents duquel nous ne trouvons qu'un abcès froid costal actuellement cicatrisé, avait déjà été suivi dans le Service depuis mai 1928, par le Docteur Ruppe, pour un abcès froid du maxillaire inférieur.

Il était alors venu parce que, depuis deux mois environ, la région correspondant à l'angle de la mâchoire avait enflé sans modifications de la peau, sans gêne d'aucune sorte, ni douleur, ni trismus. Petit à petit, cette enflure augmenta de volume, toujours sans aucun signe général ou fonctionnel jusqu'à atteindre le volume d'une demi-mandarine, lorsqu'il a été vu pour la première fois. Il présentait alors une tuméfaction indolore, dure, faisant corps avec l'os, formant en quelque sorte deux masses, l'une au niveau de la région de l'angle, l'autre sous-

rétro-angulaire. A l'examen buccal, on voyait la tuméfaction soulever la muqueuse gingivo-jugale d'aspect normal jusqu'à la première molaire droite. Il n'y avait pas de lésion dentaire. La radiographie, la recherche des signes généraux et fonctionnels étaient négatives. Le pus de la tuméfaction a été examiné à deux reprises : il n'y avait pas de microbes, on ne trouvait que des polynucléaires et des lymphocytes. Le malade n'est pas revenu jusqu'en août 1928. Il présente alors une fistule et le stylet arrive sur un os dénudé. En septembre, étant donné l'aspect radiologique qui montre un séquestre et la fistulisation spontanée très large, on se décide, après une longue hésitation, à l'intervention, pratiquée par les Docteurs Halphen et Ruppe. A l'opération on a constaté un magma caséeux occupant l'angle de la branche montante du maxillaire, et qui est extrait. Le malade, suivi quelque temps, n'est pas revenu jusqu'en avril 1929 ; il revient alors parce que de nouveaux phénomènes inflammatoires et aigus étaient apparus dans la région malaire droite.

Il était alors porteur de trois fistules, l'une au niveau de la plaie opératoire, l'autre au niveau de la partie moyenne de la branche horizontale, celle-ci donnant issue à du pus, et une troisième, tarie depuis quinze jours, au niveau de la région zygomatique. Il y a dix jours, brusquement, dans la nuit, la joue se met à enfler, la peau est rouge, peu douloureuse — sensation de tension. Cet état dure deux jours et alors apparaissent des douleurs lan-

cinantes, continues, irradiant dans toute la moitié gauche de la tête.

Actuellement nous sommes en présence d'un malade porteur d'une tuméfaction occupant toute la région malaire, s'étendant à toute la région palpébrale inférieure, à la moitié externe de la région palpébrale supérieure, à la région zygomatique, à la moitié supérieure de la région génienne, jusqu'à l'angle interne de l'œil.

Nous palpons cette tuméfaction, rouge, chaude, douloureuse, fluctuante, immédiatement sous-cutanée. Le malaire est vivement douloureux à la percussion de son bord supéro-externe. A l'examen de la bouche, on constate une muqueuse jugale et buccale saine. Les dents sont intactes. Les régions apexiennes sont indolores. Mais lorsque nous palpons le vestibule en arrière et en dehors de la tubérosité du maxillaire, nous arrivons à travers la région génienne sur le malaire qui est douloureux.

Rien à l'examen général. Rien à l'examen des différents organes. B.W. négatif. La température oscille entre 37° et 38°.

En présence de ces signes, nous avons facilement éliminé l'hypothèse d'un accident dentaire : la dentition est saine et les points douloureux sont nettement réveillés en dehors des régions apexiennes. En présence du siège de la tuméfaction et des points douloureux cutanés et buccaux, nous avons pensé à une ostéite du malaire. Cette ostéite du malaire semble être, malgré l'évolution rapide et aiguë,

bacillaire, étant donné l'évolution des autres localisations de la bacillose — maxillaire inférieur et côte — et le caractère amicrobien du pus.

OBSERVATION III

In thèse Cator

Ectropion par tuberculose de l'os malaire.

Opération par le procédé de Warthon Jones.

Guérison.

(Résumé d'une observation communiquée
par M. Trousseau)

L... Eulalie, 16 ans, avait eu des accidents tuberculeux très marqués dans l'enfance, gourme, ganglions, etc.).

Atteinte de carie de l'os malaire sur le bord de l'orbite, elle a été traitée par l'huile de foie de morue à l'intérieur, et elle est guérie en six mois. Mais il est resté un ectropion d'abord peu marqué, mais qui a augmenté peu à peu et a été définitivement constitué vers l'âge de 12 ans.

Elle a été opérée par M. Trousseau le 23 février 1887 par le procédé suivant : incision en V, embrasant la cicatrice entre ses deux branches ; dissection sous-cutanée du lambeau supérieur ainsi limité pour couper ses adhérences avec l'os ; ce lambeau a été

relevé par glissement et fixé par la tarsorrhaphie. La perte de substance a été comblée par le rapprochement des parties latérales légèrement libérées par dissection sous-cutanée.

La suture définitive présentait un V. La réunion s'est faite par première intention et la malade est sortie au bout de 8 jours. Trois mois après, on fait une ouverture partielle des paupières ; on les laisse adhérentes sur une petite étendue du côté interne. Un mois après on les a libérées complètement. L'ectropion ne s'est pas reproduit.

OBSERVATION IV

In thèse Cator

Tuberculose de l'os malaire au début.

Abcès sous-périostique

C... Philippe, 9 ans 1/2. Père mort d'accident. Mère bien portante. Trois enfants dont le malade et l'aîné.

Aucun d'eux n'a eu des lésions scrofuleuses, sauf le plus jeune qui a un écoulement d'oreille et beaucoup de ganglions engorgés.

Le malade a été nourri au sein. Il n'a jamais été malade. Son état général est excellent. Pas de dents cariées. A l'âge de 5 ans il a fait une chute de sa hauteur sur une barre de fer. Cette chute a

causé à la région malaire droite une plaie qui s'est cicatrisée en deux jours : elle a laissé une petite cicatrice presque imperceptible à 1 cm. au-dessous de la tumeur actuelle.

A partir de l'âge de 8 ans 1/2 le côté où avait porté la chute enflait souvent — mais en 2 ou 3 jours il était revenu à l'état normal. Ce n'est que depuis 3 semaines que la tuméfaction persiste et elle est surtout marquée depuis 8 jours.

A l'examen on constate à 1 cm. au-dessous du milieu du bord palpébral une tumeur arrondie du volume d'un gros pois chiche. La peau qui la recouvre est épaisse, rouge et fendillée. La peau du voisinage est normale. La tumeur est renitente, tendue. Elle est fixée au rebord de l'os malaire sur lequel elle fait saillie : elle s'avance aussi sur le plancher de l'orbite. Le doigt qui l'explore sent très bien tous ces détails. La pression cause une douleur modérée. La paupière inférieure n'est pas tirillée, ses mouvements sont tout à fait libres. Opération le lendemain de l'examen. Après avoir fait sur la tumeur une incision horizontale, on enlève les fongosités avec une curette. Il n'y a pas de pus. L'os est dénudé sur une faible étendue et gratté. C'était en somme un très petit foyer tuberculeux sur la face antérieure de l'os malaire.

Pansement à l'iodoforme.

Trois jours après : la plaie est réunie.

OBSERVATION V

In thèse Leprat

C., Alice, 20 mois.

Entre à l'hôpital le 3 janvier.

Antécédents héréditaires : grand'père mort d'une affection pulmonaire.

Antécédents personnels : l'enfant s'est bien portée jusqu'à l'âge de 7 mois. A ce moment elle a eu un abcès à la partie interne du bras droit. La suppuration n'est pas encore tarie. A 13 mois abcès du même genre sous l'œil droit. Le médecin traitant y fait une incision. Malgré cela le foyer n'est pas encore éteint. Toujours un peu de suppuration. L'enfant est ramenée pour être soignée pour une tuméfaction douloureuse de l'avant-pied droit.

L'état général est bon. On ramène l'enfant pour des soins assez régulièrement. Le 8 mars apparaît une grosseur sur la pointe du triangle de Scarpa.

Le 9 mai. — La cicatrice du malaire s'ouvre et suppure très légèrement.

Le 9 juin. — Il semble que la cicatrice du malaire devient plus rouge et qu'elle a tendance à se rouvrir.

Le 27 juin. — Les différentes lésions sont en bon état. Le malaire seul suppure un peu. Le 25

octobre : l'ostéite du malaire continue à évoluer alors que les autres localisations bacillaires sont guéries. Quelques pansements aseptiques vont être faits, après quoi, si l'état ne se modifie pas on sera obligé d'intervenir à nouveau.

11 décembre : même état du malaire dont la suppuration presque nulle ne tarit cependant pas.
15 décembre : une grosse tuméfaction apparaît au coude droit. L'enfant est amenée aux Enfants-Malades régulièrement pendant près d'un an, et à la fin du mois de novembre de l'année suivante elle est complètement guérie de toutes ses lésions. Elle présente un excellent état général.

CONCLUSIONS

Dans notre travail, nous avons voulu simplement mettre en relief certains points, sur lesquels les auteurs n'ont pas encore insisté.

1° Nous concluons à la bénignité de l'affection tout en faisant des restrictions pour la grande complication : l'ectropion de la paupière inférieure.

Mais le point sur lequel nous voulons insister particulièrement, c'est le traitement.

2° Nous rapportons une seule observation d'une ostéite bacillaire du malaire guérie par l'ozonothérapie. Il est vrai qu'une seule observation ne nous permet guère d'affirmer l'efficacité de cette thérapeutique d'une façon absolue. Mais étant donné les bons résultats observés en chirurgie par les applications de l'ozone, nous nous sommes demandé si ce moyen thérapeutique ne pouvait pas remplacer dans certains cas le traitement chirurgical de l'ostéite bacillaire du malaire.

3° L'ozone amène une diminution de l'écoulement qui devient aseptique, une sédation des phénomènes réactionnels et une disparition des douleurs. Dans notre observation il nous a été aisé de

constater que le processus évolutif a été jugulé s'il n'a pas été annihilé.

4° Nous nous bornerons donc à constater les faits observés dans notre observation sans les analyser, tout en insistant sur leur importance.

Vu : *Le Doyen,*
Tiffeneau,

Vu : *Le Président,*
Lemaître.

Vu et permis d'imprimer ;
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSEY.

BIBLIOGRAPHIE

AVON. — Contribution à l'étude des ostéites du malaire (Thèse Montpellier, 1925),

BRONNER (H.) et KOCH. — Die Röntgendarstellung der Jochbogen (Röntgenpraxis, 1930),

BUSCHKOWITSCH (W.-J.). — Über das Tuberculum orbitale des Jochbeins des Menschen (Anat. anz. 5 sept. 1927).

BROCA. — Leçons de clinique infantile, 1902.

BIETTE (Robert). — L'ozone en thérapeutique (Thèse de Paris, 1938).

COGNARD. — Des abcès endocraniens consécutifs aux ostéo-périostites et phlegmons de l'orbite (Thèse Lyon, 1902).

FRAENKEL. — Les ostéites du malaire et leur diagnostic avec les affections d'origine dentaire (Thèse de Paris, 1929).

FORGUE. — Les ostéites.

KÜSS. — Technique de la résection de l'os malaire (Bull. de Soc. Anat., 1920).

LEPRAT (J.-H.-G.). — Tuberculose de l'os malaire (Thèse Paris, 1908).

LANNELONGUE. — Leçons cliniques de chirurgie infantile (Paris, 1905).

MACEY (H.-B.). — Tuberculosis of clavicle and malar bone.

MAUCLAIRE. — Maladies des os (Paris, Baillière).

ROLLET et COLRAT. — La tuberculose de l'œil et de ses annexes (Paris, Doin, 1927).

TESTUT et JACOB. — Traité d'Anatomie descriptive (Paris, Doin, T. I).

Qu'il nous soit permis de remercier les « Fichiers du Monde Médical » pour leur documentation, qu'ils ont mise à notre disposition.

